



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 74/2023 z dnia 20 listopada 2023 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.
„Program polityki zdrowotnej z zakresu wczesnego wykrywania wad
wzroku u dzieci z powiatu poznańskiego”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej z zakresu wczesnego wykrywania wad wzroku u dzieci z powiatu poznańskiego”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Założenia przedstawionego projektu programu polityki zdrowotnej wskazują, że może on stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych.

Zaplanowanie interwencji zgodnie z wytycznymi czołowych towarzystw naukowych i ekspertów klinicznych oraz ukierunkowanie działań zaplanowanych w programie na ważny problem zdrowotny, mający odzwierciedlenie w danych światowych, ogólnopolskich oraz lokalnych.

W celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości i potwierdzenia skuteczności zaplanowanych działań należy jednak przeformułować cel główny, cele szczegółowe, elementy dotyczące monitorowanie programu, zgodnie z uwagami w dalszej części opinii.

Należy mieć także na uwadze, aby świadczenia udzielane w programie nie powielały u danego pacjenta świadczeń finansowanych z środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Badania przesiewowe w kierunku wad wzroku znajdują się bowiem w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej realizowanych przez lekarzy i pielęgniarki POZ oraz pielęgniarki/higienistki szkolne. W celu uniknięcia ww. ryzyka, planowane i podejmowane działania eliminujące ww. ryzyko powinny być należycie opisane w projekcie.

Przedmiot opinii

Przedmiotem oceny jest projekt programu polityki zdrowotnej zakładający przeprowadzenie badań przesiewowych w kierunku wad wzroku w populacji uczniów klas I szkół podstawowych. Realizacja programu została zaplanowana na lata 2023-2024. Całkowity koszt programu oszacowano na 300 tys. zł.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.), wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Przedstawiono problem zdrowotny, jakim są wady wzroku wśród dzieci w wieku szkolnym. Odniesiono się do charakterystyki wad wzroku, objawów świadczących o obecności u dziecka tego typu schorzeń, przyczyn ich powstawania oraz konsekwencji zdrowotnych. Odniesiono się do krótkowzroczności, nadwzroczności, różnowzroczności, astygmatyzmu, zezą, zaburzenia widzenia barw, amblyopii („leniwe oko”). Podkreślono, że prawidłowe widzenie to niezbędny element właściwego rozwoju dziecka, ma wpływ na naukę, w szczególności w zakresie opanowania umiejętności czytania i pisanie.

Projekt programu referencje bibliograficzne oraz wykaz piśmiennictwa, na podstawie którego przygotowana została treść problemu zdrowotnego.

W treści projektu odniesiono się do danych epidemiologicznych korespondujących z wybranym problemem zdrowotnym. Przedstawiono dane światowe, ogólnopolskie, regionalne i lokalne dotyczące wad wzroku. Ogólnopolskie dane pochodzące z Głównego Urzędu Statystycznego pokazują, iż sprawność narządów zmysłów, w tym wzroku, stale zmniejsza się. W 2019 roku, co drugi mieszkaniec Polski używał okularów lub soczewek kontaktowych, a co czwarta osoba miała problemy z czytaniem. Wśród dzieci w wieku 2-14 lat problemy ze wzrokiem ma 659 na 1000 dzieci i problemy te dotyczą zdecydowanie częściej dziewczynek niż chłopców.

W projekcie odniesiono się do Map Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 wskazując, że choroby oka i przydatków oka (H00-H59) w 2021 r. w województwie wielkopolskim znajdowały się na szóstym miejscu pod względem udzielonych porad w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w populacji poniżej 18. roku życia. Odnotowano 64 616 porad, w tym 41 863 porad w zakresie zaburzeń refrakcji i akomodacji, 9 357 – upośledzenia widzenia oraz 5 757 – innej postaci zezą”.

Cele i efekty programu

Głównym założeniem programu jest „wykonanie u minimum 50% populacji docelowej programu badań przesiewowych w kierunku wad wzroku”. Cel główny programu został sformułowany nieprawidłowo, w postaci działania.

Należy zaznaczyć, że samo wykrycie wad wzroku nie przyniesie wymiernej poprawy stanu zdrowia pacjenta. Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie, w odniesieniu do planowanego czasu, wytyczony, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Warto rozważyć uwzględnienie celu głównego jak np.: „zwiększenie o ...% liczby dzieci z podejrzeniem wady wzroku objętych opieką okulisty, którym postawiono rozpoznanie”, lub „zwiększenie o ...% liczby dzieci, u których zastosowano metody korekcji wad wzroku (np. okulary)”.

W projekcie wskazano 2 cele szczegółowe:

- 1) „uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy wśród 50% osób objętych edukacją w zakresie profilaktyki wad wzroku (dotyczy osób uczestniczących w spotkaniach informacyjno-edukacyjnych oraz odbiorców filmu edukacyjnego, którzy wypełnili pre-test i post-test”;
- 2) „zwiększenie liczby wcześniej wykrywanych wad wzroku w populacji kwalifikującej się do programu (określonej w umowie)”.

Cel szczegółowy nr 1 jest możliwy do osiągnięcia z uwagi na zaplanowaną edukację zdrowotną. Natomiast cel szczegółowy nr 2 został sformułowany w sposób nieprawidłowy, ponieważ nie odnosi

się bezpośrednio do efektu zdrowotnego, a także nie określa wartości docelowej do jakiej należy dążyć. Powyższe wymaga poprawy.

Należy wskazać, że cel szczegółowy powinien odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, zaś jego osiągnięcie powinno być elementem warunkującym osiągnięcie celu głównego. Podobnie jak cel główny, powinien być mierzalny i możliwy do osiągnięcia w okresie realizacji programu polityki zdrowotnej.

W projekcie programu zaproponowano 3 mierniki efektywności:

- 1) iloraz liczby osób, u których przeprowadzono podstawowe badania przesiewowe w ramach programu i liczby osób z populacji docelowej określonej w umowie (wyrażony procentowo)";
- 2) „odsetek rodziców/opiekunów prawnych dzieci uprawnionych do badań przesiewowych oraz nauczycieli klas I szkół podstawowych objętych edukacją, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich rodziców/opiekunów prawnych i nauczycieli, którzy wypełnili pre-test”;
- 3) „liczba osób, u których stwierdzono wadę/wady wzroku w ramach programu w odniesieniu do wszystkich osób, które wzięły udział w części diagnostycznej programu”.

Należy zaznaczyć, że mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary.

Mierniki nr 2 został prawidłowo sformułowany. Wskaźnik nr 1 nie spełnia funkcji miernika efektywności, jednak może zostać wykorzystany podczas monitorowania. Natomiast wskaźnik nr 3 nie odnosi się bezpośrednio celów programu, niemniej może zostać zastosowany przy ewaluacji.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią dzieci uczęszczające do klas I szkół podstawowych (w wieku 7-8 lat) funkcjonujących na terenie powiatu poznańskiego oraz ich rodzice/opiekunowie prawni, a także nauczyciele. Uprawnionych do udziału w programie będzie ok. 6 435 dzieci. Ze względu na ograniczenia finansowe badaniami przesiewowymi zostanie objętych ok. 2 400 dzieci. Założono, że 30% dzieci objętych ww. badaniami, z uwagi na stwierdzone nieprawidłowości, będzie wymagało przeprowadzenia pogłębionej diagnostyki w ramach II etapu programu.

Przedstawiono kryteria włączenia do programu i wyłączenia z niego.

Interwencja

W programie zaplanowano przeprowadzenie badań przesiewowych w kierunku wad wzroku oraz działań edukacyjnych skierowanych do dzieci, rodziców/opiekunów prawnych i nauczycieli klas I szkół podstawowych.

Działania edukacyjne

Zaplanowano działania informacyjno-edukacyjne skierowane do rodziców/opiekunów prawnych oraz nauczycieli klas I szkół podstawowych. Działania te będą polegać na m.in. przekazaniu uczestnikom informacji na temat rodzajów wad wzroku, czynników ryzyka ich występowania, objawów, diagnozowania oraz leczenia, a także profilaktyki wad wzroku, w tym zasad dotyczących higieny wzroku. Działania będą miały formę edukacji bezpośredniej tj. spotkań informacyjno-edukacyjnych. Wskazano, że na terenie każdej z 17 gmin powiatu poznańskiego zostanie przeprowadzone także m.in. jedno 60-minutowe spotkanie informacyjno-edukacyjne, również w formie on-line poprzez zamieszczenie na stronie internetowej realizatora filmu edukacyjnego i skierowane będą dla osób, które nie będą mogły uczestniczyć w spotkaniach stacjonarnych.

W ramach działań edukacyjnych skierowanych do dzieci przygotowane zostaną ulotki edukacyjne z wykorzystaniem ikonografii, które będą przedstawiać zasady dotyczące higieny wzroku. Zaznaczono,

że ulotki będą dostosowane do wieku i percepcji dzieci. Podkreślono, że ulotki będą dostępne także w wersji elektronicznej na stronie internetowej realizatora

Badania przesiewowe

Etap 1

W ramach badania przesiewowego w kierunku wad wzroku zaplanowano 3 badania: badanie ostrości widzenia przy użyciu przenośnych tablic Snellena do dali i bliży, ocenę położenia gałek ocznych („cover test” i „uncover test”) oraz ocenę widzenia barw. W przypadku wyniku prawidłowego rodzice/opiekunowie prawni dzieci zostaną poinformowani o zaleceniach dotyczących dalszych działań profilaktycznych w przyszłości. Natomiast w przypadku wyniku nieprawidłowego rodzice/opiekunowie prawni dzieci zostaną poinformowani o zakwalifikowaniu dziecka do etapu II programu oraz szczegółach dotyczących dalszych działań diagnostycznych realizowanych w ramach programu.

Etap 2

W ramach etapu II badań wnioskodawca zaplanował 5 badań: badanie ostrości widzenia przy użyciu tablic Snellena, badanie refrakcji przy użyciu autorefraktometru (po porażeniu akomodacji), badanie przedniego odcinka oka przy użyciu lampy szczelinowej, badanie dna oka, badanie długości gałki ocznej (w przypadku podejrzenia krótkowzroczności).

W treści projektu zaznaczono, że w przypadku wykrycia u dziecka wad/y wzroku jego rodzic/opiekun prawny zostanie poinformowany o zaleceniach odnośnie dalszego postępowania w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ (w tym m.in. o możliwości uzyskania dofinansowania z NFZ do zakupu okularów). Podkreślono, że po otrzymaniu przez rodzica/opiekuna prawnego ww. zaleceń dziecko kończy swój udział w programie.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji.

Należy pamiętać, że monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Ewaluacja natomiast jest analizą danych z PPZ, realizowaną w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności będzie przeprowadzona na podstawie comiesięcznych sprawozdań obejmującego następujące parametry: „liczba osób, które uczestniczyły w spotkaniach informacyjno-edukacyjnych adresowanych do rodziców/opiekunów prawnych uczniów klas I szkół podstawowych oraz nauczycieli uczniów klas I szkół podstawowych, z podziałem na gminę w której odbyło się spotkanie”, „liczba osób, które uczestniczyły w edukacji realizowanej on-line”, „liczba dzieci zgłoszonych do udziału w programie przez rodziców/opiekunów prawnych, z podziałem na gminę zameldowania/zamieszkania dziecka”, „liczba dzieci, u których zostały wykonane badania przesiewowe, z podziałem na gminę zameldowania/zamieszkania dziecka”, „liczba dzieci, które wzięły udział w badaniach realizowanych w etapie pogłębionej diagnostyki, z podziałem na gminę zameldowania/zamieszkania dziecka”, „liczba dzieci zakwalifikowanych do etapu pogłębionej diagnostyki, które nie zgłosiły się na badania realizowane w II etapie programu, wraz ze wskazaniem powodów”, „liczba dzieci, których rodzice/opiekunowie prawni zrezygnowali z udziału ich podopiecznego w programie”.

W ramach oceny jakości świadczeń wskazano na przeprowadzenie ankiety satysfakcji. Do projektu dołączono wzór ww. ankiety satysfakcji, w którym uwzględniono możliwość zgłaszania uwag nt. programu przez uczestników programu (załączony do projektu dokument nie budzi zastrzeżeń).

W ramach ewaluacji wskazano, że zostanie ona przeprowadzona w oparciu o dane dotyczące: „liczby dzieci, u których wykonano badania przesiewowe, do liczby osób możliwych do przebadania w ramach programu (na podstawie umowy z wykonawcą), wynik wyrażony procentowo”, „liczby dzieci, u których

wykonano badania pogłębione, do liczby dzieci zakwalifikowanych do II etapu programu, wynik wyrażony procentowo”, „liczby dzieci zakwalifikowanych do etapu pogłębionej diagnostyki uczestniczących w badaniach realizowanych w II etapie programu, do liczby osób możliwych do przebadania w ramach programu (na podstawie umowy z wykonawcą), wynik wyrażony procentowo”, „liczby uczestników działań informacyjno-edukacyjnych, u których uzyskano wysoki poziom wiedzy (na podstawie przeprowadzonego pre-testu i post-testu), wynik wyrażony procentowo”, „liczby dzieci, u których wykryto wadę/wady wzroku”, „liczby i rodzaju wad wzroku wykrytych w ramach programu”. Należy zaznaczyć, że trzy pierwsze zaproponowane przez wnioskodawcę wskaźniki nie spełniają funkcji mierników efektywności, może natomiast zostać wykorzystana podczas monitorowania. Należy zaznaczyć, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w projekcie

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Pierwszym z nich będzie kampania informacyjno-promocyjna. Następnie zaplanowano działania edukacyjne i diagnostyczne: badania przesiewowe na terenie gmin powiatu poznańskiego, badania w poradni okulistycznej oraz działania monitorujące. Ostatnim etapem programu będzie ewaluacja.

Odniesiono się do informacji nt. warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

Informacje o programie będą rozpowszechniane poprzez m.in. zamieszczenie powiadomień na stronach internetowych, w lokalnych mediach (np. prasa, telewizja, radio) oraz w mediach społecznościowych.

W projekcie wskazano, że realizator programu wybrany zostanie w drodze konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi.

W projekcie programu przedstawiono szczegółowe koszty jednostkowe, tj. 40 zł/os – koszt jednostkowy badania przesiewowego; 200 zł/os – koszt jednostkowy badania pogłębionego realizowanego w poradni okulistycznej; 60 000 zł – koszty pośrednie. Podkreślono, że monitorowanie i ewaluacja będą prowadzone bezkosztowo przez pracownika Starostwa Powiatowego w Poznaniu.

Planowane koszty całkowite wynoszą 300 000 zł.

Program ma zostać sfinansowany z budżetu powiatu Poznańskiego.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Proces rozwoju widzenia u dzieci jest dynamiczny, a jego najważniejszy, krytyczny okres, przypada na pierwsze dwa lata życia. W przeciwieństwie do osób dorosłych, dzieci z jednostronnym, jak również z obustronnym upośledzeniem widzenia, mogą dobrze funkcjonować oraz nie sygnalizować zaburzeń w tym zakresie. Główną przyczyną zaburzeń widzenia w dzieciństwie są wady refrakcji, odpowiedzialne za 56-94% przypadków niedowidzenia. Rodzaj wady wzroku występującej u dzieci jest związany z wiekiem. Wśród niemowląt przeważa nadwzroczność, stopniowo zmniejszająca się, aż do osiągnięcia normowzroczności. Wczesne osiągnięcie normowzroczności jest czynnikiem ryzyka rozwoju krótkowzroczności. W zależności od rodzaju wady refrakcji i wieku w jakim występuje, powstają różnego rodzaju utrudnienia funkcjonowania i rozwoju ogólnego. Niewyrównane wady refrakcji mogą powodować u dzieci i młodzieży opóźnienia rozwojowe, problemy społeczne, zaburzenia w orientacji przestrzennej, a także słabsze wyniki w nauce.

Nadwzroczność

Jest to najczęściej diagnozowana wada wzroku u małych dzieci, w wieku przedszkolnym występująca z częstością 14%. Nieskorygowana we wczesnym dzieciństwie, przyczynia się do powstania niedowidzenia, opóźnienia rozwoju i problemów z orientacją przestrzenną.

Ciągłe napięcie akomodacji może powodować również bóle głowy i oczu podczas pracy wzrokowej z bliska, co w konsekwencji może prowadzić do problemów w nauce.

Krótkowzroczność

Wada refrakcji polegająca na nieostrym widzeniu obiektów znajdujących się w oddali przy jednocześnie dobrym widzeniu obiektów bliskich. Krótkowzroczność, poza tym, że stanowi wadę refrakcji, zwiększa również ryzyko zaburzeń takich jak: odwarstwienie siatkówki, zmiany zwyrodnieniowe siatkówki, neowaskularyzacja naczyńówki, jaskra oraz zaćma, co z kolei może prowadzić do ślepoty. Etiopatogenezę krótkowzroczności można podzielić na czynniki genetyczne i środowiskowe. Obecnie coraz więcej dzieci korzysta przez wiele godzin z komputerów czy innych urządzeń elektronicznych, co wpływa niekorzystnie na stan narządu wzroku, w konsekwencji sprzyjając rozwojowi krótkowzroczności.

Różnowzroczność

W zależności od wartości różnicy wady refrakcji między prawym a lewym okiem, prowadzi do niedowidzenia, wystąpienia zez a oraz powoduje różnego stopnia utrudnienia w rozwoju widzenia stereoskopowego. Pomimo że przyczyną niedowidzenia są schorzenia okulistyczne, rozwija się ono w obszarze ośrodków wzrokowych mózgu. Różnowzroczność, niewykryta odpowiednio wcześnie, wywołuje inwalidztwo wzrokowe, ograniczające możliwość edukacji i zatrudnienia w zawodach wymagających pełnego widzenia stereoskopowego.

Poza wadami wzroku występują u dzieci inne, równie ważne i groźne, schorzenia gałki ocznej, takie jak: zaćma wrodzona, zez oraz siatkówczak. Choroby te są możliwe do skutecznego leczenia, pod warunkiem wykrycia ich na wczesnym etapie rozwoju zmian.

Zez

Większość przypadków zez a u dzieci ma podłoże rozwojowe (wrodzone) lub jest skutkiem towarzyszącej wady refrakcji. Należy jednak pamiętać, że może on być stanem wtórnym do chorób narządu wzroku, takich jak zaćma wrodzona, siatkówczak czy retinopatia wcześniaków, a także mieć podłoże porażenne nabyte związane z patologią w obrębie ośrodkowego układu nerwowego. Postawienie prawidłowego rozpoznania jest kluczem do ustalenia sposobu postępowania i dalszych rokowań.

Alternatywne świadczenia

Alternatywą dla badań przesiewowych ostrości wzroku są fotoekranowanie i ręczna autorefraktometria, ale grupą, do której mogą być kierowane są dzieci w wieku od 3 do 5 lat, czyli populacja odmienna od wskazanej w opiniowanym projekcie programu.

Kompleksowa ocena stanu zdrowia, obejmująca diagnostykę wad wzroku może być przeprowadzana u dzieci zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2021 poz. 540 z późn. zm.).

Ponadto porada okulistyczna dla dzieci znajduje się także w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, czyli zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2016 poz. 357 z późn. zm.).

Ocena technologii medycznej

Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych

Rekomendacje dot. wieku, w jakim powinno się wykonywać badania przesiewowe są bardzo zróżnicowane. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Okulistycznego i Polskiego Towarzystwa Pediatricznego (PTO/PTP 2020) wskazują na następujące badania przesiewowe u dzieci: 6-9 tydzień życia (ocena zewnętrzna powiek oraz gałek ocznych, test czerwonych odbłasków z dna oka, ocena

drożności dróg łzowych, ocena zdolności fiksacji, ocena reakcji źrenic na światło), 6-9 miesiąc życia (test refleksów świetlnych Hirschberga, test czerwonych odbłasków z dna oka, ocena drożności dróg łzowych, ocena zdolności fiksacji, ocena reakcji źrenic na światło), 3-4 rok życia (badanie ostrości wzroku, test refleksów świetlnych Hirschberga, test naprzemiennego zakrywania/ odkrywania oczu, ocena widzenia barw), 6-7 rok życia (badanie ostrości wzroku, test naprzemiennego zakrywania/ odkrywania oczu, ocena widzenia barw), 12-13 rok życia (badanie ostrości wzroku, ocena widzenia barw). UK National Screening Committee rekomenduje przeprowadzanie systematycznych programów badań przesiewowych w kierunku wykrywania wad wzroku wśród dzieci w wieku 4-5 lat (UK NSC 2019).

Wg USPSTF 2017, NCCVEH 2015A badanie wzroku należy przeprowadzić u wszystkich dzieci w wieku 3-5 lat. AAO zaleca, aby badania przesiewowe w kierunku wykrywania wad wzroku rozpoczynały się w wieku około 3 lat i odbywały co roku w wieku 4 i 5 lat. Po ukończeniu 5 lat AAO zaleca przeprowadzanie badań przesiewowych co 1 do 2 lat. AAP zaleca, aby badania przesiewowe rozpoczynały się około 3 roku życia i odbywały się co roku w wieku 4, 5 i 6 lat. Następnie należy je przeprowadzać w wieku 8, 10, 12 i 15 lat. Wg CAO/COS/CFPC/CPS 2019 oprócz wykonania badań przesiewowych odpowiednich do wieku, dzieci w wieku 0-5 lat powinny zostać poddane ocenie okulistycznej przez osobę doświadczeniem w zakresie wykrywania czynników ryzyka niedowidzenia.

Wnioski z odnalezionych dowodów naukowych

Badania przesiewowe w kierunku wykrywania wad wzroku w szkołach są generalnie postrzegane jako korzystne, jednak brak jest prowadzonych badań RCT, które mogłyby potwierdzić lub odrzucić tą tezę (Powell 2004).

W przeglądzie systematycznym z metaanalizą Jonas-Jordan 2014 wskazano, że pomimo iż wśród dzieci, noszących okulary korekcyjne zaobserwowano mniejsze prawdopodobieństwo rozwoju zezów oraz pogorszenia ostrości wzroku poniżej rzędu 20/30 niż wśród dzieci w grupie nienoszącej okularów, efekty te mogły być przypadkowe lub mogły wynikać z obciążenia, jakimi obarczone były badania.

Stosowanie zasłaniania, podczas leczenia amblyopii powstałej w następstwie zezów przy pomocy okularów korekcyjnych, wydaje się być bardziej efektywne niż stosowanie samych okularów (Taylor 2014).

Jonas 2017 w przeprowadzonym porównaniu pośrednim wskazuje, że bezpośrednie dowody na skuteczność szkolnych badań przesiewowych w kierunku wykrywania wad wzroku pozostają bardzo ograniczone. Wykonanie kilku testów przesiewowych jest użyteczne w identyfikacji dzieci w wieku przedszkolnym z czynnikami ryzyka amblyopii lub innych wad wzroku oraz, że nieprawidłowy wynik badania przesiewowego w sposób umiarkowany zwiększa prawdopodobieństwo wykrycia wady (niektóre sposoby leczenia zaburzeń ostrości widzenia (m.in. zasłanianie zdrowego oka, okulary) są skuteczne, jednak uzyskiwana w ich wyniku poprawa ostrości widzenia jest niewielka lub średnia.

Wyniki przeglądu systematycznego badań prospektywnych i retrospektywnych wskazują, że w literaturze dostępne są bardzo ograniczone dane pozwalające na określenie dokładności testów wykorzystywanych do wykrywania zezów, wykonywanych w społeczności przez osoby niebędące ekspertami w zakresie badań przesiewowych (Hull 2017).

Wyniki metaanalizy 7 badań typu RCT (n=9858) wskazują, że badanie przesiewowe wzroku połączone z zapewnieniem bezpłatnych okularów zwiększą odsetek dzieci posiadających i noszących okulary w porównaniu z noszeniem i posiadaniem okularów przez dzieci, które uczestniczą w badaniu przesiewowym z zapewnieniem okularów dostępnych wyłącznie na receptę. Może to prowadzić do lepszych wyników w nauce. Porównanie wyników badań przesiewowych z zapewnieniem gotowych okularów z wynikami badań z dostarczeniem okularów wykonanych na zamówienie wskazuje brak klinicznie znaczących różnic między tymi dwoma typami okularów w zakresie ich skuteczności. Wykazano też słaby wpływ interwencji edukacyjnych na noszenie okularów (RR 1,11 [95% CI (0,95-1,31)]) oraz na prawdopodobieństwo ich zakupu (OR 0,84 [95% CI (0,55-1,31)]) (Evans 2018).

Wyniki przeglądu systematycznego z metaanalizą (33 badania, n= 7859) wskazują na stosunkowo niski odsetek dzieci i młodzieży przestrzegających noszenia okularów przepisanych z powodu wykrycia wady refrakcji wzroku. Zgodność z zaleceniami dotyczącymi noszenia okularów wyniosła 40,14% [95% CI (32,78-47,50)]. Zgodność wahała się od 9,84% [(95% CI (2,36–17,31))] do 78,57% [(95% CI (68,96–88,18))]. Zgodność uzyskana w analizie wrażliwości wyniosła 40,09%. Wydaje się, że problem ten można rozwiązać poprzez behawioralną motywację dzieci, rodziców i społeczeństwa (Dhirar 2020).

Podsumowanie opinii ekspertów

Wszyscy eksperci zgodnie wypowiedzieli się za finansowaniem PPZ dotyczących badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania wad wzroku u dzieci. W opiniach ekspertów nie ma jednak zgodności co do optymalnego wieku populacji docelowej, do której kierowany powinien być taki program. Wskazywano także na istotną rolę działań edukacyjnych, skierowanych zarówno do dzieci, jak i ich rodziców, które powinny towarzyszyć ww. badaniom przesiewowym.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, jak na wstępie.

ZASTĘPCA PREZESA

Daniel Rutkowski

/dokument podpisany elektronicznie/

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 8 pkt 3, w zw. z art. 31s ust. 6 pkt 3 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r., poz. 1285, z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.431.87.2022 „Program wczesnego wykrywania wad wzroku u dzieci w wieku 10 lat zamieszkujących na terenie Gminy Miejskiej Tczew na lata 2023-2025”, data ukończenia: luty 2023 oraz Aneksów do raportów szczegółowych „Programy z zakresu profilaktyki i korekcji wad wzroku oraz chorób oczu u dzieci – wspólne podstawy oceny” z czerwca 2022 r. oraz opinii Rady Przejrzystości nr 27/2023 z dnia 27 lutego 2023 roku o projekcie programu „Program wczesnego wykrywania wad wzroku u dzieci w wieku 10 lat zamieszkujących na terenie Gminy Miejskiej Tczew na lata 2023-2025”.